

6 Wünsche an eine rationale Gesundheitsreform

damit nicht nach der Reform gleich wieder vor der Reform ist

Ein Artikel von Evelyn Walter

Ein Artikel von Evelyn Walter



Ein außerordentlich hoher Anteil des Sozialprodukts – 7,7 % – fließt in das Gesundheitswesen. Gemessen an den öffentlichen Budgets sind diese Größenordnungen noch dramatischer. Die Gesundheitsausgaben liegen nach der sozialen Sicherung, noch vor dem Bildungswesen an zweiter Stelle. Kein Wunder, dass sich hier bei flachem Wirtschaftswachstum und erheblichen Budgetproblemen – noch dazu unter den Einengungen der Maastricht-Kriterien – ein gewaltiger Reformbedarf auftut. Das Diktat der knappen Kassen bei weiter stark steigenden Ansprüchen kann aber durch politisch motivierte Aussprüche wie "Aufrechterhalten eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, keine Reform des Gesundheitswesens ohne soziale Ausgewogenheit usw." nicht außer Kraft gesetzt werden. Kein Wunder, dass die seit einem Jahr ins Land gegangene Gesundheitsreform auf größte Schwierigkeiten stößt.

Eines fällt dabei aber besonders auf: Im Unterschied z. B. zu Deutschland finden die Verhandlungsparteien nicht einmal empirisch einen gemeinsamen Nenner. Eine Reform, welche sich zu den statistischen Grundlagen wie Vogel Strauß verhält, muss zwangsläufig im bloßen Verhandlungspoker verharren. Dies ist aber für die so wichtige Nachhaltigkeit einer Gesundheitsreform mehr als schädlich. Nachstehend sollen aus diesem Blickwinkel einige Eckdaten und einige allgemeine Grundsätze wiedergegeben werden.

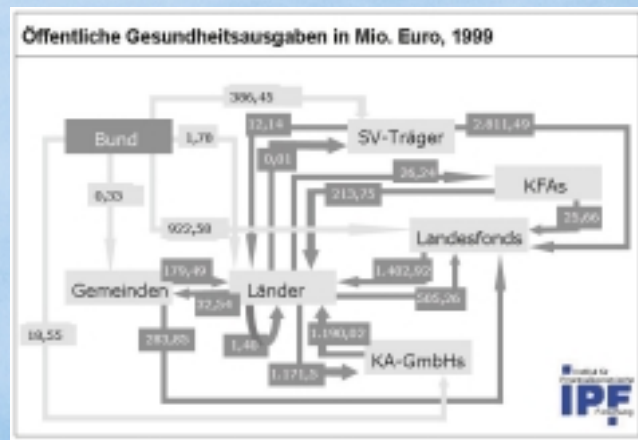
Auf den Gesundheitsbereich entfielen – wenn man den Zahlen der Statistik Austria Glauben schenkt – im Jahr 2002 7,7 % des BIP oder 16,8 Mrd. Euro. Vergleicht man den BIP-Anteil mit jenen anderer europäischer Länder, erscheint dieser niedrig, nur Großbritannien, Spanien, Finnland und Irland haben geringere Gesundheitsquoten. Die unterdurchschnittliche Höhe der österreichischen Gesundheitsquote impliziert, dass Österreich ein vergleichsweise günstiges oder effizientes Gesundheitswesen bereitstellt. Berücksichtigt man zudem die hohe Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit ihrem System, scheint unser Land eine hervorragende Position einzunehmen. Trotzdem sprechen gesundheitspolitische Entscheidungsträger von der „Kostenexplosion“ und von der Notwendigkeit rascher Reformen.

An diesem Punkt scheint es wichtig anzumerken, dass der tatsächliche Ressourcenbedarf des Gesundheitswesens aber wesentlich über den 7,7 % oder 16,8 Mrd. Euro liegt. Eigene Berechnungen der Gesundheitsausgaben für das Jahr 1999 haben gezeigt, dass die Gesundheitsquote kein geeignetes Maß ist, um Aussagen über die absolute Höhe der Gesundheitsausgaben zu machen. Detaillierte Analysen der Ausgabenströme kamen zu dem Ergebnis, dass die publizierten Gesundheitsausgaben – aufgrund der Erfassung gemäß dem Europäischen System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (ESVG 95) – um mindestens 5 Mrd. Euro unterschätzt werden und Österreich bei einer Gesundheitsquote von rund 11 % des BIP liegt. Der Rechnungshof hat in einer Arbeit (Bericht Burgenland 2003) diese Ergebnisse bestätigt. Reformen sollten beim tatsächlichen Ressourcenbedarf ansetzen!

Der konkreten Formulierung von Reformvorschlägen geht in der Regel eine sachliche Analyse voraus. Aus einer ökonomischen Perspektive sollte dieser Prozess einige grundsätzliche Schritte durchlaufen. Diese Wünsche an die Reform umfassen nachstehende Punkte:

1) Transparenz der Ausgabenströme im Gesundheitswesen

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens erfolgt aus einer Vielzahl von „Töpfen“ (siehe Abbildung). Die Informationen über das gesamte Ausmaß der Finanzierungsanteile der Gesundheitsbereiche sind ausschließlich dem Financier bekannt. Hauptgrund dafür sind die komplizierten historisch gewachsenen Finanzierungsverflechtungen. Gesundheitspolitische Entscheidungen sind daher möglicherweise ineffizient. Die Transparenz der Zahlungsströme wäre somit vor der Ausarbeitung von Reformvorschlägen angesagt!



2) Definition von Gesundheitszielen

Eine sozial ausgewogene und auf strukturelle Änderungen bedachte Gesundheitsreform ist ohne Formulierung von Gesundheitszielen nicht effizient umsetzbar. Mit der Vereinbarung von Gesundheitszielen setzen gesundheitspolitische Akteure, wo Bedarf identifiziert wird, Verbesserungsmaßnahmen. Gemeinsam werden auch die Verfahren und Verantwortlichkeiten zur Umsetzung dieser Schwerpunkte entwickelt. Die Vereinbarung von Zielen erfolgt dabei auf verschiedenen Ebenen als Prozess, der regelmäßige Evaluation und Anpassung einschließt.

Gesundheitsziele sollten bereichsübergreifend formuliert werden, dazu ist ein Konsens der verantwortlichen Körper etc. notwendige Voraussetzung. Konflikte zwischen Interessvertretungen minimiert werden.

3) Entscheidungen auf Kosteneffektivität prüfen

Unter ökonomischen Aspekten sollten die knappen finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem jener Verwendung zugeführt werden, in der sie den größten Nutzen stiften. Evaluierungen helfen Entscheidungsträgern, konkurrierende Maßnahmen in ihrer Kostenstruktur und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen. Selbst wenn eine Maßnahme höhere Kosten verursacht, diese aber durch höheren Nutzen überkompensiert werden, so ist diese zu bevor-

zugen. Kosteneffektivitätsentscheidungen zur systematischen Entscheidungsfundierung spielen im österreichischen Gesundheitswesen bis dato eine außerordentlich geringe Rolle (Ausnahme: Erstattung von Arzneimitteln). Ursache ist, dass – durch das Auseinanderfallen von Verantwortung und Finanzierung – bei den verantwortlichen Trägern keinerlei Anreiz entsteht, Ressourcen kosteneffektiv einzusetzen, da die Finanzierung abseits von ökonomischen Überlegungen per Gesetz erfolgt. Demnach tritt in vielen Bereichen wie z. B. im Krankhausbereich Verschwendung auf.

4) Effiziente Allokation von Ressourcen vor Suche nach neuen Finanzquellen

Werden die finanziellen Mittel nach Umschichtungen von Ressourcen und Beseitigung von Fehlsteuerungen kosteneffektiv in den einzelnen Gesundheitsbereichen eingesetzt, kommt es insgesamt zu einer effizienten Allokation des Systems. Fehlen nach erfolgter effizienter Allokation noch finanzielle Mittel zur Finanzierung des Gesundheitssystems, muss über neue Finanzierungsquellen wie Beitragserhöhungen und Selbstbeteiligungen nachgedacht werden.

5) Gleiche Bedürfnisse, gleiche Leistungen

Zwischen den verschiedenen Sozialversicherungsanstalten gibt es erhebliche Leistungs- und Beitragsunterschiede, die sich nicht durch unterschiedliche Bedürfnisse oder durch den solidarischen Ansatz begründen lassen. Unterschiede in den Bedürfnissen/Leistungen einzelner Kassen wären nur durch epidemiologische Verschiedenheiten in Regionen zu argumentieren. Langfristiges Ziel einer Gesundheitsreform müsste eine Vereinheitlichung der Leistung der Krankenkassen sein.

6) Koordinierte Planung zwischen den Gesundheitsbereichen

Die einzelnen Gesundheitsbereiche (Krankenanstalten, niedergelassener Bereich und Arzneimittelbereich) konkurrieren um finanzielle Mittel. Daher erscheint es unumgänglich, eine abgestimmte Planung, Steuerung und Finanzierung des stationären und ambulanten Sektors als Gesundheitsziel zu definieren. Hierzu bedarf es aber der richtigen Anreizsysteme.

Der österreichischen Versorgung wird nachgesagt, ausgesprochen spitalslastig zu sein. Österreich weist neben Deutschland die dichteste Versorgung mit Akutbetten unter den Ländern der EU auf, nämlich 6,7 Betten je 1000 Einwohner. Sie ist etwa doppelt so hoch wie in Vergleichsländern wie Finnland, die Niederlande und Schweden. Dies hat sich durch die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) nicht verbessert. Im Sinne einer Gesamtplanung müsste die Rolle des Hausarztes aufgewertet werden. Allgemeinmediziner sollen künftig eine Schlüsselstellung einnehmen, um "die rasche und richtige Therapie am richtigen Ort zur richtigen Zeit" zu gewährleisten, sprich: um die Patientensteuerung zwischen den Versorgungsebenen (Schnittstelle) zu übernehmen. Neben den bereits erwähnten Bereichen sollte der Arzneimittelbereich nicht nur als Kostenfaktor betrachtet, sondern als Therapiealternative gesehen werden. Eine erfolgreiche medikamentöse Therapie führt zu Einsparungen in anderen Bereichen.

Insgesamt ist es durch eine stärkere Einbeziehung aller Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung in die gesundheitspolitischen Überlegungen möglich, eine möglichst lückenlose, umfassende Versorgung sicherzustellen und die Versorgungseffizienz aus gesamtökonomischer Sicht zu verbessern.

Problemlöser könnte ein bundesweiter Gesundheitsplan sein, der gesundheitsbereichs- sowie länderübergreifend gestaltet ist und im Konsens mit Verantwortlichen und Financiers verhandelt wird. Der Plan müsste Anreizsysteme enthalten, die kosteneffizientes Verhalten fördern, unter der Nebenbedingung, eine Best Practice im Sinne einer Evidence-based Medicine zu etablieren.

BIO-BOX DR. EVELYN WALTER

Dr. Evelyn Walter, 1968 in Klagenfurt geboren, begann nach dem Studium der Volkswirtschaft an der WU Wien als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Industriewissenschaftlichen Institut (IWI), bevor sie 2002 als Bereichsleiterin des Kompetenzbereiches für Gesundheitsökonomie tätig war. Seit Juni 2003 ist Walter als Geschäftsführerin des IPF tätig.